

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO  
CENTRO DE SELEÇÃO**

**PROCESSO SELETIVO SUPLEMENTAR PARA INGRESSO NO PROGRAMA DE  
RESIDÊNCIA MÉDICA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFG - 2014**

**REQUERIMENTO DE CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA REALIZAÇÃO DAS PROVAS**

Este formulário se destina aos candidatos que necessitam de condições especiais para a realização das provas do CONCURSO PÚBLICO (portadores de deficiência, recém-acidentados, recém-operados, acometidos por alguma doença, candidatas que estiverem amamentando e outras necessidades) exceto atendimento hospitalar.

Ilmo. Sr.  
Prof. Wagner Wilson Furtado.  
Presidente do Centro de Seleção da UFG.

Eu, \_\_\_\_\_,  
candidato(a) ao candidato(a) ao CONCURSO PÚBLICO inscrição nº \_\_\_\_\_, portador(a)  
do documento de identificação n. \_\_\_\_\_, órgão expedidor \_\_\_\_\_,  
CPF: \_\_\_\_\_ Telefone (s) \_\_\_\_\_, venho requerer a V. Sa.  
condições especiais para realizar as provas, conforme as informações prestadas a seguir.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_ Assinatura do(a) candidato(a)

**ATENÇÃO!**

O candidato que apresentar algum comprometimento de saúde às vésperas da prova (recém-acidentado, recém-operado, acometido por alguma doença) após o dia 16 de fevereiro de 2014, deverá imprimir e preencher o formulário de condições especiais, disponível no sítio [www.cs.ufg.br](http://www.cs.ufg.br), acompanhado do atestado médico original, no Centro de Seleção da Universidade Federal de Goiás, Rua 226, Qd. 71, s/n, Setor Universitário, no horário de 8 às 12 e da 13 às 17 horas, até o último dia útil que antecede a realização da prova. Após essa data, os pedidos de condição especial não serão aceitos, a não ser que o candidato esteja hospitalizado. Essa solicitação será atendida segundo os critérios de viabilidade e de razoabilidade. A garantia que o Centro de Seleção dá ao candidato de realizar a(s) prova(s) em condição especial não implica que ele esteja desobrigado de fazê-las.

**PREENCHA CORRETAMENTE AS INFORMAÇÕES, A SEGUIR, PARA QUE POSSAMOS ATENDÊ-LO EM SUA NECESSIDADE DA MELHOR FORMA POSSÍVEL.**

ASSINALE O MOTIVO DO REQUERIMENTO:

Acidentado ( ) Pós-cirúrgico ( )

Acometido por doença ( ) Qual? \_\_\_\_\_

Outro caso ( ) Qual? \_\_\_\_\_

## CONDIÇÕES ESPECIAIS

1. Candidato temporariamente com problemas graves de saúde (acidentado, operado e outros), registre, a seguir, o tipo/doença e as condições especiais necessárias:

Registre, se for o caso, as condições especiais necessárias:


**Observação:** Anexar atestado médico.

## 2. AMAMENTAÇÃO

Nome completo do acompanhante do bebê \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ n° do documento de identificação \_\_\_\_\_,  
Órgão expedidor \_\_\_\_\_.

**Observação: Anexar cópia do documento de identidade.**

No dia da prova o(a) acompanhante deverá apresenta-se portando o original desse documento, devendo apresentá-lo na coordenação do concurso.